

原 著

日常生活動作援助における看護学生の臨床判断能力 — 学内演習を通して —

新木 真理子* 東 玲子* 相野 さとこ* 吉原 悦子* 丸山 泰子*

＜要 旨＞

本研究の目的は、日常生活動作援助演習を通して、学生の臨床判断能力の到達レベルとその実態を明らかにすることにある。対象は看護大学3年次の学生86名である。日常生活動作援助演習時の自己評価用紙の記述内容の分析を行った。自己評価項目は、Lasaterの「臨床判断能力段階基準」に基づいて作成した。記述内容は、模範的、熟達、発達途上、初歩的段階の4段階に分類された。結果として、臨床判断能力において熟達段階以上が60%以上の項目は、『ADL能力の確認』、『情報の不確かさの確認』『援助計画と根拠』であり、発達途上段階以下が80%以上の項目は、『安全性の確認』『ずれへの気づき』であった。

キーワード：日常生活動作、臨床判断能力、看護教育

I. はじめに

看護の基礎教育において、日常生活動作の援助技術は、重要な位置を占める。日常生活動作は、人々が自立して生活していく上で欠かせない基本的な動作であり、看護の機能はその人々の自立を支えることにあるからである。しかしこの援助技術は難易度が高い。原理・原則通りの画一的な技術の修得は可能であっても、実際の援助では、対象の状況に応じた個別の技術提供が求められる。西田・他の報告¹⁾では、特に移乗動作には、体格や状況により個性や即時の判断が要求される高度なアセスメント能力が必要と挙げられている。これは、臨床判断能力そのものである。Tanner²⁾は、臨床場面における【気づき】(noticing)、【解釈】(Interpreting)、【応答】(responding)、【省察】(Reflecting)という4側面で成り立つ臨床判断能力モデルを掲げ、看護教育に活用することを提唱している(図1参照)。臨床判断能力に関する教育研究は、クリティカルケア³⁾や周術期⁴⁾を対象としたもの、日常生活動作では体位変換に着目したもの⁵⁾がある。しかし日常生活動作の援助全体を取り上げた研究はみあたらない。我々は、この日常生活動作の援助を、教育の一環として、成人・老年看護学演習の一つに組み込

み、学生の臨床判断能力に焦点を当てた教育を行っている。本研究は、演習終了後の学生の自己評価を分析し、日常生活動作援助の臨床判断能力の具体的な到達レベルとその実態を明らかにすることを目的とする。

II. 用語の定義

1. 臨床判断能力

本研究における「臨床判断能力」とは、患者のニーズや関心、健康問題について解釈・推論し、患者の反応に応じて行為を、標準的もしくは修正を加えて、あるいは新たなやり方で行なうかどうか決断する能力であるとする。これはTanner²⁾の定義に従うものである。

2. 日常生活動作

日常生活動作(Activities of Daily Living, 以下ADLと略す)とは、個人が独立して生活するために行なう基本的な身体活動であり、各人に共通して毎日繰り返される一連の動作群で構成される。具体的なADL項目には、移動と身辺処理(更衣・整容・入浴・排泄等)

* 西南女学院大学保健福祉学部看護学科

に関する活動がある。

Ⅲ. 研究方法

1. 対象

対象は、大学3年次の学生で、前期の成人・老年看護学の技術演習（ADL援助）を履修した89名のうち、同意の得られた86名とした。この演習時の自己評価用紙を分析対象とした。

2. 倫理的配慮

学生には、科目全体の評価終了後に、文書および口頭で研究目的を説明した。協力の有無が成績や個人の不利益等に影響しないことを明示し、協力への同意を依頼した。分析データはコード化して用い、分析の全期間を通して個人が特定されることのないよう留意した。この研究は、西南女学院大学倫理審査委員会で承認された。

3. ADL援助演習の概要

演習目標は、既習の「活動」の援助技術を基盤とし、片麻痺患者のADL援助を通して、臨床判断能力（患者の状況に応じたアセスメント・ケア・調整）を養うことである。ADL援助演習は1回4時間を2回、計8時間とし、1回目は演習とし、2回目は実技試験とした。学生は2名1組となり、模擬片麻痺患者の移動

動作と食事動作あるいは排泄動作の援助を行なった。援助内容は、移動動作として、床上からの起き上がり・立位・車椅子への移乗動作、排泄動作として、車椅子から洋式便器への移乗動作、食事動作として、ポジショニング・一部介助、およびそれぞれの動作に必要な訓練とした。模擬患者は教員5名が担当し、文献⁶⁾を参考に解釈モデルを想定して状況設定した片麻痺患者の全体像を共通理解し、学生の援助行為にその都度具体的な反応を返した。実技試験時間は20分とした。1名が主・他の1名は副の援助、また副の援助者は、訓練時のみ主の援助者となることを原則とした。ただし、互いの実践内容をその場で修正することは可能とした。学生は前回の演習時に描いた患者の全体像を保持したまま、同一患者の別の日のケアという設定で、その日の患者の状況に応じた援助を行なうことを指示された。学生は、試験以外の時間は他学生の実践をベッドサイドで見学した。試験終了後、グループ（8～10名）でふりかえりの議論を行った。

4. 臨床判断能力自己評価用紙

本研究の分析に用いた「臨床判断能力自己評価用紙」は、Tannerの臨床判断能力モデルの4つの側面に沿って構築されたLasater⁷⁾の臨床判断能力段階基準の11の要素に基づいて作成した（表1参照）。臨床判断能力をADL援助に特定して具体的な評価項目とした。特に「焦点化した観察」では、Lasater⁷⁾の各段階の意味内容（主観的／客観的情報、重要情報の観察）を参

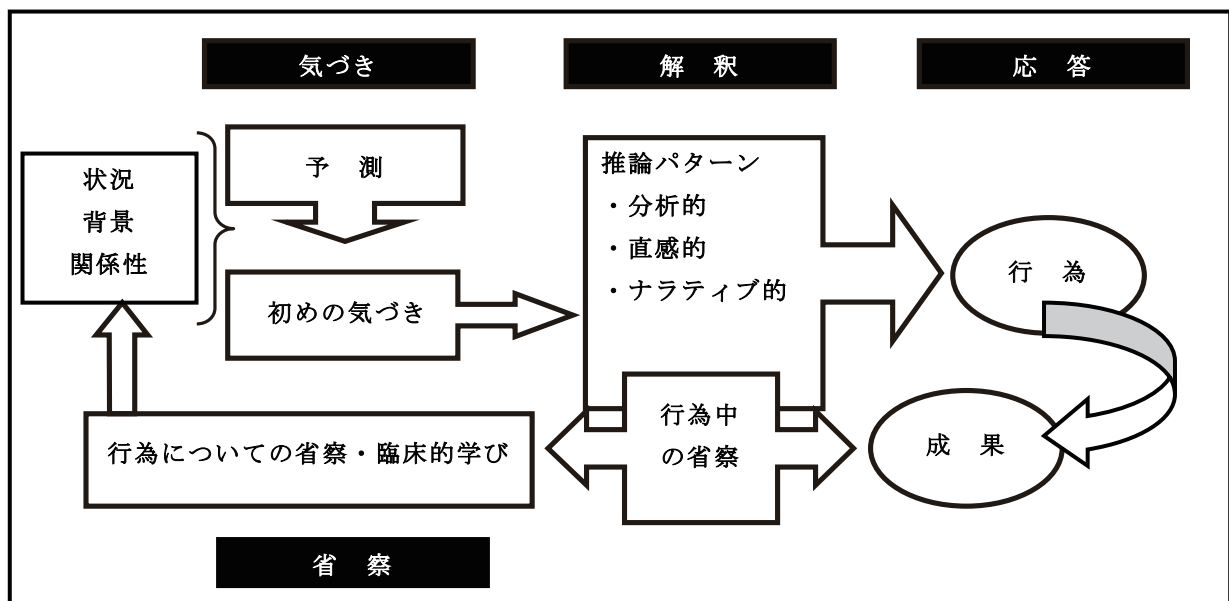


図1. 臨床判断能力モデル (Tanner.C.A : Thinking like a nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing, Journal of Nursing Education. 45(6) : p208,2006, より引用 新木訳)

考に、ADL援助における焦点化した観察を、安全性の確認、ADL能力の確認、ADLへの思いの3項目に分けて、より具体的な観察に結びつく評価項目とした。これは初回演習時に配布し、学生が評価の視点を意識して演習に取り組むことを意図した。また2名の組で実施したが、実践時の個々の学生の認識を確認するために、評価用紙は個々の学生が記述した。この実技試験は、個々の実践、他学生の見学、振り返りの討議までを含めて評価の対象とした。実技試験終了直後に評価記載を行った。

5. 分析方法

評価用紙の11項目の記述内容を1記述単位として抜き出し、臨床判断能力の各段階に振り分ける作業を行った。作業は成人・老年看護学領域の教育担当者5名で行った。Lasater⁷⁾の臨床判断能力段階基準は、11の要素ごとに能力を初歩的段階、発達途上の段階、熟達段階、模範的段階の4段階としている。この基準では、各段階が初歩から模範的段階に進む特徴として、一般的で部分的な観察や介入から、より個別的で相互的、焦点化された観察や介入に熟達することが示されている。これを、ADL援助の臨床判断能力という視点で学生の記述単位を比較検討し、振り分け作業を行

なった。5名が分担して行ったものを全員で再検討し、最終的に表2の基準に沿って分類、定義づけを行った。各段階別に記述単位総数を出し、11の項目別に4つの段階各々の占める割合を算出した。次に各段階の記述内容について、意味内容の共通項を探り、共通項ごとに分類・命名した。

IV. 結果

1. 「ADL援助の臨床判断能力」段階基準の分類および定義づけ

Lasater⁷⁾の臨床判断能力段階基準に従って学生の記述内容を各段階に分類・定義づけした過程を述べる(表2参照)。Lasaterの段階基準は、特定の援助に限定したものではないため、ADL援助の臨床に即した判断能力とは何かを検討しながら進めた。各段階の学生の記述が、その記述単位のみでは段階を特定し難いものもあったが、演習で設定した状況における能力という観点から作業を進めた。【気づき】には、[焦点化した観察][ずれへの気づき][決め手を探す]が含まれるが、特にADL援助の観察では『安全性の確認』、『ADL能力の確認』、『ADLへの思いの確認』を評価項

表1. 「ADL援助の臨床判断能力」学生自己評価用紙の内容

Tanner 4 側面	Lasater 11の要素	ADL評価項目 11項目	ADL評価内容
気づき	焦点化した観察	安全性の確認	1. ADLの援助を行なう前に、安全が脅かされないために何を、どう確認しましたか。
		ADL能力の確認	2. ADL能力の有無や程度について、何をどう確認しましたか。
		ADLへの思い	3. ADLを行なうことに対する本人の思いはどのようなものでしたか。
	ずれへの気づき	ずれへの気づき	4. 患者情報と本日の患者の状態で、ずれがみられたのはどういうところでしたか。
解釈	決め手を探す	情報の不確かさの確認	5. 患者の言動で、不確かなものがあつた時、具体的にどういう声かけで確認しましたか。それはなぜですか。
	優先データの特定	念頭に置く情報	6. 本日ADLを行なうのに、念頭において置かねばならないと思った患者からの情報は何でしたか。
	データ理解(適切な計画に向けて)	援助計画と根拠	7. ADL援助に際して、どう声かけ、自立の促し、手出しを行なおうと思いましたか。それはなぜですか。
応答	落ち着いた態度	効果的コミュニケーション	8. 患者と関わる時に、患者を安心させ落ち着かせるような、また効果的なコミュニケーションがとれましたか。あなた自身のかかわりをふりかえて記載しましょう。
	コミュニケーション		
	計画の柔軟性	調整機能	9. 実践中に、患者の反応を十分にみて、援助方法をうまく調整できましたか。一つでも調整できたと思うことを具体的に記述しましょう。
	技術の熟達	適切な技術	10. 安全・安楽・自立を促す看護技術が提供できましたか。特に配慮した点を挙げておきましょう。
省察	自己評価	ふりかえり	11. 実践終了後のふりかえりの結果、気づいたり学んだりしたことを具体的に記載しましょう。
	改善への取り組み		

表2. 「ADL援助の臨床判断能力」の段階基準

Tanner	Lasater	ADL援助の視点	4. 模範的段階	3. 熟達段階	2. 発達途上の段階	1. 初歩的段階
気づき	焦点化した観察	安全性の確認	患者から得た情報からさらに確認している	患者の行動による確認を行っている	時期や部位などを特定して確認している	確認が一般的
		ADL能力の確認	患者から得た情報からさらに確認している	患者の行動による確認を行っている	時期や部位などを特定して確認している	確認が一般的
		ADLへの思い確認	患者の主観的客観的情報から患者の思いを判断	患者の主観的客観的いずれかの情報により思いを捉えている	情報がないままに思いを予測している	思いの確認が不鮮明
	ずれへの気づき	ずれへの気づき	掴んだ情報から看護者の認識としてずれを明らかにしている	個別の状況から今のずれを捉えている	個別の状況を捉えてはいるがまだ部分的である	新たな症状を確認したのみで捉え方が部分的である
	決め手を探す	情報の不確かさの確認	得た情報に関する口頭及び口頭以外による確認を行っている	得た情報に関する口頭もしくは口頭以外による確認を行っている	情報が不確かとは気づくが確認していない	情報が不確かとは気付かない
解釈	優先データの特定	念頭に置く情報	援助に直結する特定の具体的な情報を念頭においている	特定の情報を念頭においているが具体性がない	一般的な情報を具体的に念頭においている	一般的な情報を念頭においているが具体性がない
	データの理解 (適切な計画に向けて)	援助計画と根拠	個別的で具体的な援助計画である	個別的な援助計画で具体性が不足している	一般的な援助計画で根拠がある	一般的な援助計画で根拠が不十分である
応答	落ち着いた態度 コミュニケーション	効果的コミュニケーション	相互作用のあるコミュニケーションをとっている	個別の状況に応じたコミュニケーションをとっている	一般的なコミュニケーションをとっている	コミュニケーションをとることが困難である
	計画の柔軟性	調整機能	主観的・客観的情報による調整ができていく	主観的、客観的いずれかの情報による調整ができていく	情報は得ているが調整までできていない	情報を得ずに実践、あるいは情報を得ず、実践していない
	技術の熟達	適切な技術	場面や状況、患者や看護者の動きを特定した技術を提供している	場面や状況を特定した技術を提供している。患者や看護者の動きは不鮮明	一般的な原理原則を捉えて技術を提供している	場面や状況が特定されず一般的な原理原則が押さえられていない
省察	自己評価	ふりかえり	具体的な事象を明記して自己の実践を振り返り、それに対する課題が明確に述べられている	具体的事象を明記して自己の実践の振り返りはされているが、課題はない	事象が一般的な表現の振り返り	振り返りの事象が不明確
	改善への取り組み					

目としている。学生の記述単位を比較検討した結果、ADL援助における「焦点化した観察」では、次のような臨床判断能力の発達段階が認められた。一般的な観察から時期・部位を特定した観察、また口頭のみでなく行動を伴った観察、得た情報からさらなる観察へと進む。これを各段階の定義づけに取り入れた。『ADLへの思いの確認』では、言葉のみならず、患者の姿勢や動きから予測することが特徴的であり、模範的段階は、主観的・客観的情報両方に基づく思いが観察されたものとした。[ずれへの気づき]を、Lasaterは「パターン推測とのずれ」と表現しているが、これは学生の認識に、試験前の演習で描いた患者の全体像がある程度定着していないと困難である。部分的・断片的な捉え方ではなく、個の患者の状況を踏まえた学生自身の認識のずれを明確にしたものを模範的段階とした。[情報の不確かさの確認]では、Lasaterは患者との相互作用が不得手な状況を含めて初歩的段階としている。これは患者に接近できて初めて情報の不確かさの存在に気づくからといえる。そこで、情報の不確かさに気づかない状況を初歩的とし、得た情報を口頭および口頭以外の手段で確認したものを模範的段階とした。2つ目の側面の【解釈】は[優先データの特定]と[データの理解]を含む。[優先データの特定]では、学生はADLの援助を前提としていたため、ADL援助に直結した重要情報を念頭に置いたものを模範的段階にあるとした。[データ理解]は、適切な計画に結びつためのデータ理解が要点であることから、『援助計画と根拠』では、情報を活用し根拠が明らかで、個別的な計画が立てられたものを模範的段階とした。3つ目の【応答】は[落ち着いた態度][コミュニケーション][計画の柔軟性][技術の熟達]を含むが、これらを『効果的コミュニケーション』『調整機能』『適切な技術』の評価項目でみている。『効果的コミュニケーション』は、一般的よりも個別のコミュニケーションを熟達とし、また相互のかかわりが明らかなものを模範的とした。『調整機能』は、提供するケアを固定させず、得た情報の活用により患者の反応に柔軟に応じていく機能を指している。ここでは主観的・客観的情報の両方に基づいて調整したものを模範的とした。『適切な技術』は、技術の一般的原理・原則に留まらず、目の前の患者の個別の状況に応じた技術提供ができるものを模範的とした。4つ目の【省察】は、[自己評価]と[改善への取り組み]である。省察は行為中と行為後の省察が含まれるが、演習では試験中の実践時、他学生の見学時、終了後の議論時が省察の機会となった。

Lasaterは、模範的段階を、自己の臨床能力について要点を突いて分析ができ、弱みと強みを正確に見極め改善への取り組みができるものとしている。そこで実技試験中の実践場面を具体的に掴み、自己の実践を振り返り、課題を明確にできたものを模範的段階とした。

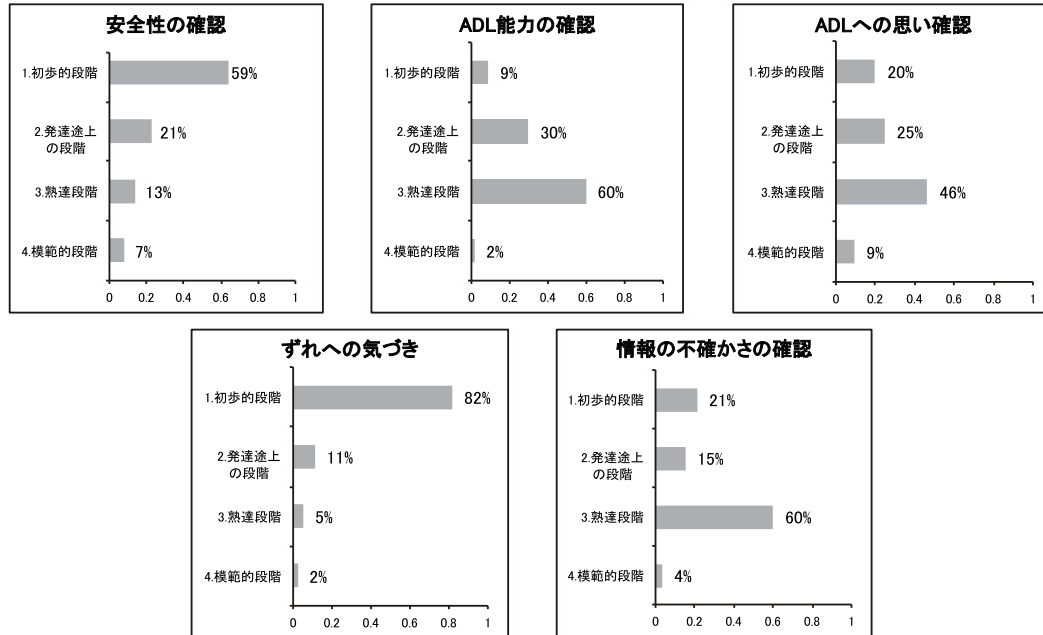
2. 学生の「ADL援助の臨床判断能力」の達成状況

ADL援助の評価項目別に、記述単位を各段階に分類し、各段階の記述単位総数の比率を出したものを図2.に示す。この結果を、Tannerの4つの側面ごとに学生の達成状況としてみていく。まず【気づき】で、熟達段階の比率が高いのは、『ADL能力の確認』(60%)と『情報の不確かさの確認』(60%)であった。学生は、ADL能力を行動で確認したり、不確かな情報を口頭もしくは口頭以外の方法のどちらかで確認したりする能力は比較的高かった。しかし両者とも、模範的段階は2%~4%と低く、ADL能力について、得た情報からさらに確認を進めたり、不確かな情報を口頭と口頭以外の方法の両方で確認したりする力はほとんど発揮できていなかった。『安全性の確認』は、初歩的段階が59%と一般的な確認が最も多かった。『ずれへの気づき』は、初歩的段階の方が82%と高率であり、新たな症状を確認したのみで、ずれという認識をもつまでには至っていなかった。『ADLへの思いの確認』は、熟達段階は46%であるが、その思いを主観的・客観的情報の両方から確認できるという模範的段階は9%と少なかった。【解釈】では、『援助計画とその根拠』は模範的・熟達段階の合計が76%と高率であった。『念頭に置く情報』は、他に比べると各段階間に極端な差がなく、到達度にばらつきがみられた。【応答】では、『適切な技術』が熟達・模範的段階の合計で57%であり、場面や状況を特定した技術の提供はある程度できていた。『効果的コミュニケーション』は、相互作用のあるコミュニケーションがとれるという模範的段階の比率は1%と低いが、その他の段階間に大差はなく、到達度にばらつきがあった。『援助の調整』は、調整のための情報がとれるか否かで二極化していた。【省察】では、『ふりかえり』の各段階に極端な差はみられず、到達度にばらつきがみられた。

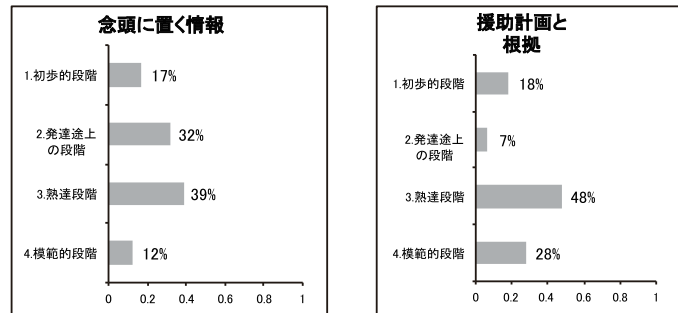
3. 「ADL援助の臨床判断能力」段階別の記述内容

評価項目の各段階に振り分けられた学生の記述単位をその内容により分類整理したものが表3.である。記述単位の一部を記載し、分類ごとの記述単位数を示している。『安全性の確認』では、熟達段階に《麻痺

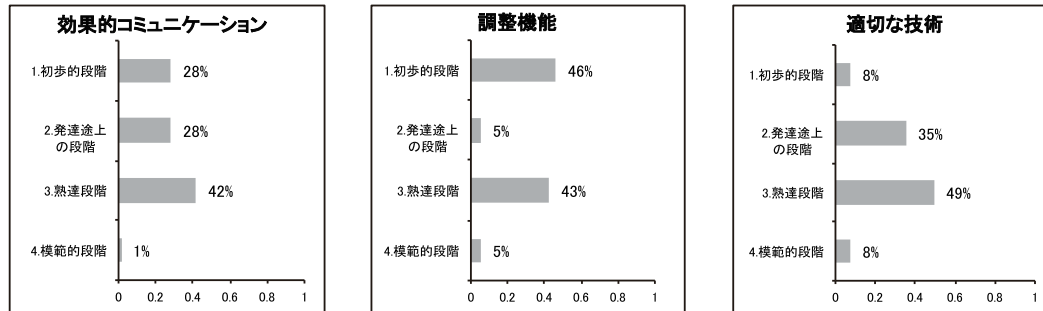
I. 気づき



II. 解釈



III. 応答



IV. 省察

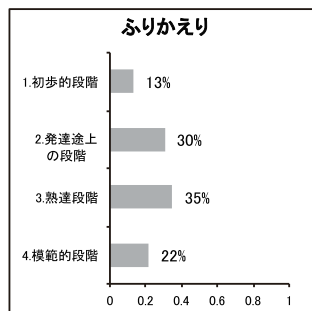


図2. 「ADL援助の臨床判断能力」評価項目別各段階の割合

ADL援助の臨床判断能力

表3-1.「ADL援助の臨床判断能力」の段階別記述内容

項目	分類	模範的段階		熟達段階		発達途上の段階		初歩的段階	
安全性の確認	体調の確認	12	・頭が痛いと言う為体を少しだけ動かしても大丈夫か確認した ・少し頭が痛いというためバイタルを確認し移動 ・排泄動作ができるか確認した	0		10	・移動する前に体がきつくないか聞く ・脈拍や血圧を聞いて体の状態を知る ・体調が悪くないかを気分で確認することで体を動かした時に急変する可能性を確認	68	・体調 ・発熱 ・顔色 ・頭痛 ・痛み
	特定症状・機能の確認	1	・腹部の調子が悪くないと言うため我慢できる範囲かどのように調子が悪いか確認した	8	・食前の訓練時に嚥下が安全に行なわれるか確認 ・口の中を見せてもらい麻痺側に食物が残っていないか確認 ・お腹が張っているように言うため腹部を触診しガスや便がたまっていないか確認	0	(-)	2	・嚥下ができているか
	関節可動域と筋力	0	(-)	9	・座位保持と立ち上がりに必要な筋肉を抵抗を加えてそれに打ち勝つ力があるか確認した ・手の力を握ってもらって力加減を知る ・左右の力の差	10	・健側の足がどこまで屈曲できるか確認した ・車椅子移乗で健側大腿四頭筋の筋力確認 ・健側可動域がどの程度か	3	・ROM ・筋力 ・大腿四頭筋の確認
	麻痺側への配慮 体幹の安定性	0	(-)	6	・麻痺側が車椅子と体の間に挟まれない ・手の力とROMを確認して起き上がりや移動が安全にできるか確認 ・端座位の時安定しているか	16	・移乗後体位を整えた後で体位は不快でないか確認（麻痺側の上下肢関節を傷めることがないか） ・端座位時に自分で座位保持が可能か ・麻痺側のROM	1	・姿勢の安定性
	ADLの状態	0	(-)	0	(-)	1	・靴がしっかりとはけているかどうか	1	・通常のADLの状態
	環境の確認	0	(-)	0	(-)	0	(-)	30	・車椅子確認 ・ベッド周囲の危険 ・床がぬれていないか（ごみはないかも）
ADL能力の確認	抽象的な確認	0	(-)	7	・患者にどれくらいまで動かせるか直接聞いたり一緒に体操をすることで可動域を確認した	6	・いつものように起き上がったのか ・端座位の保持ができるか	11	・動けそうか ・嚥下ができているか
	動作を特定した確認	0	(-)	26	・嚥下テストや口周りの筋肉を動かす運動を行ない嚥下や咀嚼力をみる ・Nsの手を握ってもらってスプーンを把持できるか確認	12	・起き上がり時麻痺側の下肢がどの程度動かせるか	0	(-)
	部位を特定した確認	0	(-)	39	・立ち上がる前に大腿四頭筋、腸腰筋の訓練を行ない健側に力を入れて立ち上がることができるか確認 ・関節可動域訓練で健側の手指の屈曲、伸展、手関節背屈、足関節背屈の確認	19	・下肢の関節可動域 ・健側のROM	0	(-)
	援助を行ないながらの確認	1	・健側の手足にどれだけ力が入るか起き上がりや立ち上がり時に聞いて立ち上がった時にしっかりと立てているかを確認した	2	・ROM確認手関節と足関節の屈曲確認健側は動いたが麻痺側は自力で動かさなためNsが力を貸して屈曲させた	0	(-)	0	(-)
	前回と比較しながら確認	1	・前と比べてADL能力の上達があるか確認	0	(-)	0	(-)	0	(-)
	積極性の判断	8	・訓練時もうこっちは動かんけはがゆいと言いながらがんばっていたことから積極的に向かっては、はい、とは言うものあまり意欲はなかったように表情から感じられた	10	・きついけどがんばるしかないね、という発言から前向きな気持ちだと思った ・表情からADLを行なうことには意欲的でなかったと思う	4	・調子がよいためADLを行なうことに対しては意欲をもっていた ・リハビリも積極的に行ない早く自立してADLを行ないたいと思っている	16	・積極的に取り組んでいる ・自ら体を動かしてくれていた ・ADLを行なうことを説明すると患者は快く訓練等に協力してくれた
ADLへの思いの確認	障害の受け入れ	1	・体動するたびにちゃんと動かんもんねとあきらめた様子だった。励ましながら行なったら多少やる気はみられた	15	・右手が動かないので悔しいとしきりに言うてつらそうだった ・嚥下が困難で口の体操も練習しているのにうまくいかない不満をもつ	5	・動かないことに対して悲しく思っていると感じた ・右麻痺のため今までのように1人で行動するのが難しいのでくつの着脱や自力での車椅子移動に不安が大きいうであった	5	・あまり自分の上肢と下肢が動かないと思っている ・食べ物や口に入れても右にこぼれてしまう
	今後への思い	0	(-)	5	・食べ物や口に入れても右にこぼれてしまう。硬い物が食べたい ・自分で靴などははけるようにならないと家に帰れないのかな	4	・家に帰りたい ・元気になるたい	0	(-)
	援助を受けることに対する思い	1	・4日間便が出てないと排泄には積極的にあったが申し訳なさとはがゆさを訴えた	7	・自分が動けないため他人に動かしてもらおうのが申し訳ないと言っていた ・トイレに何回も連れて行ってもらったのを気の毒に感じている	3	・Nsの介助が必要なことを申し訳なく感じている ・看護師に迷惑をかける	0	(-)
	不安・心配事	0	(-)	8	・家に帰ってから1人でまた食事を作ったり起き上がったりできるのか不安に思っているようだった ・ずっとしよつたらよくなるんかね、動かさんと固まるんかね、などの発言から不安があった	4	・動けるかどうか心配をしていた ・手を支える場所によってはバランスをくずしそうになってしまい不安を与えた	0	(-)
	その時の体調・心情	0	(-)	4	・熱っぽくて心配と言っていたが動けるようにはなったと言う ・体調は良好で動くことはできる	6	・飲み込みづらい ・朝便がまだ出ていないので便が出るといういな ・動くのがきつい	0	(-)
	記述数合計	25		146		100		137	

ADL援助の臨床判断能力

表3-2.「ADL援助の臨床判断能力」段階別記述内容

項目	分類	模範的段階	熟達段階	発達途上の段階	初歩的段階
すれへの気づき	一般的な捉え方	0 (-)	0 (-)	0 (-)	111 頭痛 睡眠不足
	個性をもった捉え方	0 (-)	0 (-)	16 足がいつもより上がらない むせが食事中みられた	0 (-)
	患者の言動や観察から得た情報との比較	1 便通がないため腹部膨満感があり体を動かすことに消極的	6 前回は食事に対して楽しみを感じていないと言っていたが今回は笑顔で食堂に行こうと言っていた 健側は十分に筋力もあり動かしているが立位の保持の際、ややふらつきがあった	0 (-)	0 (-)
	事前に得ていた情報との比較	2 事前に得ていた情報では筋力や可動域の低下があることを確認していたが実際に自立を促すと健側で麻痺側の力の差を保護する等自力で行なえることが多いことがわかった	1 構音障害があったがうまくしゃべれていた	0 (-)	0 (-)
記述数合計		3	7	16	111

項目	分類（記述数）	模範的段階（記述数）	熟達段階（記述数）	発達途上の段階（記述数）	初歩的段階（記述数）
情報の不確かさの確認	気づいていない	0 (-)	0 (-)	0 (-)	18 不確かなものは特にわからなかった
	ADL援助との関連づけが不明瞭な情報の確認	3 便が出てないと言うので腹部の触診といつから出てないのかという問診を行なった	37 寝不足と言うのでどのくらい寝たか聞いて状況を確認 便秘気味と言っていたため排泄動作後便が出たか確認	9 睡眠できていないと言われても何もそのことに触れず具体的な声かけができなかった	0 (-)
	ADL援助に関連づけた情報の確認	1 口腔内に残渣物があるか聞いて目で確認した	14 麻痺側の足があまり動かないという発言があったため実際に関節可動域訓練を行なう中で確認を行なった	4 車椅子に移乗する前の健側の下肢訓練時に左足がちよっと痛いと言われたがどのような痛みなのかいつから痛いのか確認できなかった	0 (-)
記述数合計		4	51	13	18

項目	分類（記述数）	模範的段階（記述数）	熟達段階（記述数）	発達途上の段階（記述数）	初歩的段階（記述数）
念頭に置く情報	一般的な身体的情報	9 頭痛（動作に伴う頭痛の悪化に注意） 眠気（転倒・誤嚥の危険性）	6 普段の食事動作（体位、方法） いつもはどのように起き上がり車椅子移乗、食事をしているか	50 バイタルサイン 頭痛があり頭が重い感じがする 熱っぽいためふらふらする	16 今日の体調・体のだるさ
	一般的な精神的情報	0 (-)	4 Nsに遠慮がち がまんする性格 自分の排泄をみられるのがいや	0 (-)	6 気分がすっきりしない 意欲はあるか
	片麻痺に伴う身体的な情報情報	19 家族面会時に車椅子で散歩に行くほど座位保持可能 健側の上下肢に力がしっかり入り自分の体を支えられるかどうか 右片麻痺で麻痺側に重心を置くときにバランスをくずし転倒の可能性がある。健側の上下肢でしっかり支えられるようにする	44 車椅子への移乗ができる 右麻痺で右に倒れ易いということ 嚥下する際むせていた	0 (-)	0 (-)
	片麻痺に伴う精神的な情報	3 起き上がり時健側を動かしてもらった時にだいたい動くようになったと言っていた事 Nsに迷惑がかかるためあまりトイレに行きたくない	4 食事が楽しくないという発言 麻痺側が動かないことをかなり気にしている	1 麻痺側をバカバカと責めていた（麻痺側を強調しない）	0 (-)
援助計画と根拠	抽象的な援助	0 (-)	0 (-)	16 残存機能を低下させないようにするためにできる範囲で足を動かしてもらった 話す時に視線を合わせた（患者の立場になり話を目で聞くことで安心感がある）	9 健側は自力で行なってもらおう 患者が主体だと考えて患者のできないことを補佐しようと思った
	抽象的な声かけ	0 (-)	0 (-)	4 動ける部分は患者に動いてもらい手出しする時は声をかけて支えた（自立を促す） 援助の前に今からすることを伝えた（理解や協力が得られ援助がスムーズに行なえる）	8 起き上がる時立ち上がる時は必ず1, 2, 3で立ち上がりましょうと声をかけた できますか？と声をかけて自立を促した
	具体的な援助	13 体調の変化がないか安定しているかを注意して声をかける（支えがあれば自分で座位や立位を保持することが可能なため安定しているか確認し少しでもADL拡大できるようにする。寝不足で頭が重いという発言から体調が変化する可能性があるから）	6 起き上がる際健側を麻痺側の下に入れ込んでもらう時に最初から援助するのではなくまずできそうか尋ねてできるところまで行なってもらいちょっと無理そうですと言われてから援助した	6 起き上がり、立ち上がり、立位保持時は健側は全介助ではなくなるべく自分で動いてもらい自立を促す	6 立位保持ができるか確認し自立を促した 左は動くので自分で動かせるころまで動いてもらう（リハビリにもなる）
	具体的な声かけ	6 できるだけ自立を促すために健側である左上下肢をどの程度動かせるか聞いた。どのくらい動かせますか、これくらいまでしか挙げられないですか？、健側でアームレストがもてるか、回転できるか。十分でなかったらNsが援助した	1 患者のマイナス発言を訂正せず励ましたり努力をねぎらう。訓練後「おつかれさまでした。今日は昨日より動くようになりましたね」と変化を伝える	9 できた点は良くできましたね、と声をかける（次もがんばろうと言う気になる）	0 (-)
	安全の視点	0 (-)	0 (-)	7 足の運動時麻痺側に倒れる危険があるため麻痺側に位置し安全に留意した 立位時につかまり立ちができるか声かけしきちんと立てているか目で確認（転倒防止のため）	6 脈が早いと血圧を確認、カルテ確認する 痛みはないか、ふらつきはないか体動時尋ねることで安全安楽に努めた
記述数合計		50	65	93	51

表3-3. 「ADL援助の臨床判断能力」段階別記述内容

項目	分類	模範的段階		熟達段階		発達途上の段階		初歩的段階	
効果的「コミュニケーション」	コミュニケーション困難	0	(-)	0	(-)	0	(-)	32	・自分がすごく緊張してオドオドしてしまったりうまく手技ができず恐怖心を与えてしまった
	一般原則	0	(-)	0	(-)	17	・患者のことはをさえぎらないように患者のペースに合わせた	0	(-)
	症状への対応	0	(-)	10	・少し便が出た時によかったですね、すっきりしましたねと共感するようにした	1	・体調が優れないことについて話を聞いた	3	・自分から考えて安心させることができず患者からこの姿勢はきついと言われてから気づくことがあって不安にさせた
	教育的対応	0	(-)	10	・動作時はゆっくりでいいですよ、と声をかけ自分のペースで動いてもらえた	7	・今から～しましように行動前にと声をかけた	0	(-)
	非言語的手段の活用	1	・食事訓練時にリラックスして食事を食べてもらうために頸を回したり肩をマッサージしながら「ベッドで寝たりしていると肩がこったり健側を主に使うため凝ったりするという情報が得られた	12	・話をする時に患者の手に触れていた。動かす手や足、移動させる場所を手で触りながら説明したこととで患者も安心し、理解しやすかったのではないかと	8	・なるべく体に触ってコミュニケーションをとった	2	・患者のことは表情にもっと気を配った方がよかった
	ほめる・認める	0	(-)	13	・麻痺側の下肢が上がらないと表情が暗かったため実際に動かしてもらい少しでも動いていることを伝えて安心させるようにかかわった	3	・トイレはあまり出ないと言っていたが出たよ、と言ってくれたのでよかったです、とほめたり一緒に喜んだりした方がよかった	1	・患者のやる気を起こさせるような声かけをすべきだった
	状況説明	0	(-)	14	・車椅子移乗時健側腕で支える時倒れそうな気がすると言っていたため私が支えるから安心して下さいと声をかけた	7	・訓練などで患者が不安に思わないように患者の質問に答えたり説明を行なった	2	・訓練の目的と方法をわかり易く伝えた
	行為後の確認	1	・訓練時患者が不快感をもっていることについてこういうことですか？と確認しながらかかわった。右側をもうちょっと出してほしいと言う発言に前に出した後このくらいで大丈夫か確認した	0	(-)	0	(-)	0	(-)
調整機能	調整できず	0	(-)	0	(-)	0	(-)	6	・舌の体操を行なう時にもっとわかり易く説明できればよかった
	患者の言動による調整	0	(-)	27	・起居動作時体幹を自分の方に寄せてほしかったため体を私側にたおしてもらってよいか聞くところからは動かんけね、手伝ってもらいと嬉しい、と言われ手伝うように体幹右を自分の方に引き寄せた	5	・患者の反応にうまく対処できなかった。訓練時舌出てる？うまく出ないと言われても出てますよと答えてそれから会話が進まない	24	・便通がないことに関連した食事について食欲が低下していること以外を聞き出しアセスメントに活かすことができなかった
	客観的観察による調整	0	(-)	20	・患者がベッドから車椅子移乗の際車椅子の手すりを持ってもらおうとしたが届かなかったため患者に近い方の手すりをもってもらい立ち上がったらきつそうにしていたためもう一方の手すりに持ち替えてもらった	1	・調整はできなかったが、食事時にむせがみられたため誤嚥時の体勢確認や体勢はきつくないかなどの声かけを行なう必要があったとふりかえる	21	・脈拍が正常値でなかった場合の声かけがうまくできなかった
	患者の言動・客観的観察による調整	6	・口ではだいじょうぶとは言っても実際は安定しておらず右に倒れそうになるところを修正した	0	(-)	0	(-)	0	(-)
技術の熟達	活動前の確認・準備	0	(-)	9	・端座位で自らきちんと体を支えることができることを確認してから訓練を行なった	6	・立位を保持してもらう時患者に確認をとってから行った	0	(-)
	活動中・後の確認	0	(-)	8	・麻痺側の口腔内に食物が残留していると誤嚥の危険があるため口の中を確認した	8	・車椅子でのクッションの位置が正しいものであるか患者に確認して安楽をめざした	1	・気分が悪くないか常に確認し安全に努めた
	重心の位置	0	(-)	7	・重心を健側にかけて手でしっかり支えてもらった	0	(-)	0	(-)
	活動時のコミュニケーション	0	(-)	7	・健側で体を支えて立つ時に手と足でしっかり体を支えて下さいと声かけをした	7	・患者に今から行うことを認識してもらい自分から行うようにしてもらった	1	・援助時一つ一つに声かけを行なう
	看護者の動き	3	・スポンを下げる時患者に負担がかからぬようすばやく下ろした	1	・体勢の安定が悪いと感じいつ転倒するかわからないため看護者の立ち位置に配慮した	0	(-)	0	(-)
	健側麻痺側を意識した技術	8	・頸部を回してもらう時に少し座り方が浅いという訴えがあったため健足だけフットレストからおろし私も介助しながら力を入れてもらい座り方を調節した	38	・車椅子に乗っている時に体が傾いていたためクッションをはさみ姿勢を調整した。その際患者が車椅子から落ちないように患者の体を支えながら行なった	29	・健側は力が入るためその力を利用して不足した部分を介助した	9	・健側は自分で動かしてもらいできないところのみ看護者が行なう
記述数合計		19		176		99		102	

表3-4. 「ADL援助の臨床判断能力」段階別記述内容

項目	分類	模範的段階	熟達段階	発達途上の段階	初歩的段階
省察	十分なアセスメントが必要	2 ・患者から主観的情報のみを聞いて食堂に行けると判断したが今後は客観的情報をとりその行動が行なえるのか判断すべきである	6 ・ROMや筋力の程度をあらかじめ知ることで危険を予知できるため、どの程度の危険があるか予測して行動すべきであった	12 ・声をかけるだけではなく表情をみたりすることが大切であることに気づいた	7 ・体調を考慮して行なう必要あり
	アセスメントが不十分であった	6 援助に必死になりすぎていて患者の体調(頭痛)を考慮していなかった。声かけはしたがその結果を援助に結びつけられていなかった。患者の元々の疾患について全く考えていなかったが患者の今日の体調と関連があったかもしれない。援助ばかりでなく疾患についても考えておかねばならない	4 ・患者の一つの訴えから患者の他の側面にもつながるような考え方をし、患者の全体像につながるような問いかけにつなげていなかったことに気づいた	4 ・関節可動域の確認が不十分	0 (-)
	効果的なコミュニケーションが必要	7 ・患者がリハビリでうまくいかないこともあるので、体のことをほめたり患者の気持ちを考えた声かけをして患者のやる気を出せるようにしたほうがよかった	11 ・患者に対して必要な情報を受け取る時の声かけや協力を求める時の声かけなどは、援助を行ないながら患者に伝わり易くするのが難しかった	10 ・コミュニケーションが患者に安心や自信を与えるのに大切	5 ・一つ一つ声をかける
	十分な分かりやすい説明が必要	2 ・口頭での説明だけでは理解が十分に得られないことがあるため患者と一緒にしたり身振り手振りで伝えることも有効である	4 ・患者が動き易いように次はどうすればよいかなどわかり易く説明を行なうことがうまく援助を行なうことにつながる	5 ・患者にどうしてそのケアをするのかきちんと説明することが大切	0 (-)
	患者のニーズ・個性を考慮したケアが必要	10 実践や見学で個性を尊重した看護とは何かを改めて考えさせられた。あらかじめ得ていた患者情報から一方向の援助だけを考えそれをやるのに必死で患者の態度や声から訴えを汲み取ることができなかった。患者の訴えに臨機応変に接し将来的な生活のことまで考えられる柔軟な判断力が必要	6 ・患者の状況に応じて援助を変える大変さがわかり、いろんな状況でも臨機応変に援助できるようにしなければいけないと思った	11 ・患者の状況は日々変化するためそこを考慮して援助を臨機応変にすることが大切	4 ・患者の疾病を考えた上で援助する
	安全・安楽を意識したケアの必要	7 ・起き上がりや車椅子移乗時に転倒する危険性がある場面があった。自立ばかりに重点を置くのではなくまずは安全面がきちんと考慮できるようになりたい。患者の表情を見ることが必要	24 ・麻痺側は力が入らず不安定のため重心を麻痺側に置いてしまうと本当に危ないと感じた	4 ・車椅子に乗っている時の体勢や安定を考える	6 ・安全を守ることが大切
	自立・社会復帰を目指す援助が必要	3 ・患者の力を十分に使えていなかった。患者はのちのち社会に帰らないといけなため残存機能を十分に使っていくような介助の仕方を考えて行なっていくことが大切	6 ・片麻痺患者の援助をする時には重心を低くして安定させることだけでなく残存機能を活かした援助をすることが大切	4 ・社会復帰をみずえた援助をする	0 (-)
	自己の学習状況への反省	2 ・患者からアドバイスをもらって気づくことが多かったためもっと患者の気持ちになって練習すべきだった	3 ・大腿四頭筋訓練時の程度負荷をかけるのが難しかった	4 ・もっと練習が必要。その時その時の患者の状態に対応する力がないことを学んだ	2 ・技術も練習し復習していくべき
記述数合計		39	64	54	24

側への配慮、体幹の安定性》について、「麻痺側が車椅子と体の間に挟まれないか」「手の力と関節可動域を確認して起き上がりや移動が安全にできるか」「端座位の時安定しているか」と、具体的な安全の視点がでていた。模範的段階では《体調の確認》に、「頭が痛いと言うため体を少しでも動かしても大丈夫か確認した」というように、これからの援助に結びつけたさらなる確認を行っていた。『ADL能力の確認』においても、健側の手足の力の入り具合を口頭で聞き、それを実際の立位姿勢を観察することでさらなる確認を行っていた。熟達段階では観察する筋肉の名称や部位が明確に示されていたが、発達途上の段階ではおおまかであった。『ADLへの思い』の《積極性の判断》では、

模範的段階で、「はい、とは言うもののあまり意欲はなかったように表情から感じられた」と、患者の思いを主観的客観的情報の両方で判断できていた。初歩的段階では「積極的に取り組んでいる」や「自ら体を動かしてくれていた」等、学生の見たままを患者の思いとしていた。『ずれへの気づき』は、頭痛や睡眠不足といった《一般的な捉え方》の初歩的段階が圧倒的多数を占め、学生のずれの認識が明確でなかった。模範的段階では「事前に得ていた情報では筋力や可動域の低下があることを確認していたが、実際に自立を促すと健側で麻痺側の力の差を保護する等自力で行えることが多いことがわかった」と、認識のずれを明確にしていた。『情報の不確かさの確認』では、初歩的段階

で、「不確かなものは特にわからなかった」というものの、熟達段階で、《ADL援助との関連づけが不明瞭な情報の確認》が多かった。《ADL援助に向けた情報の確認》は、熟達段階に「麻痺側の足があまり動かない」という発言があったため、実際に関節可動域の訓練を行って確認した」というものがあった。『念頭に置く情報』では、《片麻痺に伴う身体的情報》が最も多く、座位保持がどの程度可能か、自分で体が支えられるか、バランスを崩す危険性はどうか等が、模範的段階で具体的に念頭に置かれていた。『援助計画と根拠』では、初歩的・発達途上の段階では、「健側は自力で行ってもらう」や「立位保持ができるか確認し自立を促した」等と、抽象的であった。しかし熟達・模範的段階では、「起き上がる際の健側を麻痺側の下に入れる時の自助能力を促す」や「体調や座位保持の安定を確認しながら援助する」というように具体的な援助計画となっていた。『効果的コミュニケーション』では、《非言語的手段の活用》において、初歩的段階ではその必要性を感じながら「もっと気を配った方がよかった」という状態で、発達途上では、「なるべく体に触ってコミュニケーションをとった」とややおおまかであった。熟達段階では「動かす手や足、移動させる場所を手で触りながら説明したことで患者も安心し、理解し易かったのでは」と具体的であった。模範的段階の一例では、頸を回したり、肩をマッサージすることで患者の新たな側面を発見できていた。『調整機能』では、模範的段階の「口では大丈夫とは言っても実際は安定しておらず、右に倒れそうになるところを修正した」というような《患者の言動・客観的観察による調整》が、初歩的・発達途上の段階では、とっさには困難な様子があった。熟達段階では、「患者から、“私は動かんけね、手伝ってもらおうと嬉しい”等と言われると行動に移すことができる」という状況がみられた。『適切な技術』では、熟達段階に「重心を健側にかけて手でしっかり支えてもらった」「体勢の安定が悪いと感じ、いつ転倒するかわからないため看護者の立ち位置に配慮した」というように片麻痺に対する特徴的な留意点が示されており、模範的段階では場面や援助の方法が具体的に示されていた。『ふりかえり』では、《アセスメントが不十分であった》で、発達途上段階の「関節可動域の確認が不十分」、熟達段階の「一つの訴えから他の側面にもつながる考え方が不足」等、自己の不足点は挙がっていた。しかし自己の実践場面を再現しながら具体的にふりかえる点では不足しており、模範的段階では「援助に必死になりすぎていて、患者の体調（頭

痛）を考慮していなかった」という具体的事象から導き出された自己の課題が明示されていた。

注）本文中の【】はTannerの4側面、[]はLasaterの11の要素、『』は評価項目、《》は記述単位の内容分類名というように、区別して表示している。

V. 考察

さまざまな疾患や障害を持つ人々のADL援助の困難さは、それが特定された訓練の場に限定されことなく、個々人が刻々と営む日常生活の連続した流れのなかで行われることに伴う困難さである。心身の日々時々の些細な変化がADL能力に影響を与えるために、その都度援助の質や量を変化させなければならず、それには瞬時の臨床判断能力を要する。したがってADL援助の看護学教育では、各基本動作の援助技術の習得に加えて、臨床の場により近い状況を設定した演習による臨床判断能力を鍛えることが重要課題となる。本研究によって、ADL演習時における学生の臨床判断能力の実態が明らかとなった。Benner⁸⁾は、優れた臨床判断には経験的学習、内省、患者・家族との会話の継続が必要と述べているが、臨床看護師としての経験を積む前の学生が、学内演習においてそれを学ぶには、適切な教育技法が必要である。そこで、Tannerの4側面に沿って、到達レベルの模範的・熟達段階の学生の記述（表3-1.～4.）を通して、学生が到達し得る臨床判断能力について検討・考察を加え、教育の方向性を探る。

1. 【気づき】の側面

『安全性の確認』では、学生は、模擬患者が動き出す前の体調や動きに要する運動機能の確認、食前の嚥下機能・口腔内の確認、麻痺側上肢の位置確認等を行ない、起こり得る危険を予測した確認を行っている。西土ら⁹⁾は、ADLに伴う危険な場面や状況把握は、教員や指導者によるものが多く、学生自身が気づくことは少ないと述べ、加藤¹⁰⁾は、転倒予防の臨床判断能力の一つに、変化する環境に即した患者行動の予測ができることを挙げている。患者がADLの何らかの活動に向かう時、学生には、その活動によって生ずる危険を事前に予測し、確認する力が求められる。『ADL能力の確認』では、学生は模擬患者の動作や部位を特定した観察を行ったり、ADL援助を行なう中で観察を行ったりしている。西土ら⁹⁾は、学生

の基本動作の観察は、細かい手足の動きよりも大きなまとまりのある動作の方に注目する傾向があるという。ADL援助ではその動きの大小にかかわらず、学生は、その動きを成り立たせている筋群や関節可動域の働きに焦点を当てた観察をし、また援助行為を行いつつ、さらにADL能力をみて、続く援助に活かすことが必要となる。『ADLへの思いの確認』では、学生は模擬患者の思い通りにならない自らの身体へのはがゆさや不安という個別の思いを言語的あるいは行動観察によって確認している。魚尾ら¹¹⁾は、脳血管障害患者の意欲や自己効力感とADLの関連を明らかにしているが、ADL援助においては、学生は、身体能力の把握と同時に個別の思いを知り、それを援助に活かさなくてはならない。『ずれへの気づき』の“ずれ”とは、看護者の臨床的推論⁸⁾とのずれを意識することを意味するが、学生は事前や演習初回時の“患者イメージ”とのずれを認識している。ADL援助におけるずれの認識では、学生は、体を動かすことへの積極性や自助能力の程度のずれ等に気づく必要がある。この“ずれ”を認識できるには、臨床的推論を行う力が必要であり、それには知識や経験の蓄積を要する¹²⁾。Oermann¹³⁾は、仮定的な問題を解いたり、類似の経験を積むことがそれを可能にするという。『情報の不確かさの確認』では、学生は、体の動き難さを、患者の言語と動作の両方で確認している。Schön¹⁴⁾は、実践者の不確実性に対応するわざとして、行為の中の省察を挙げている。ADL援助に特有の情報の不確かさ、たとえば運動機能や嚥下機能等の情報の不確かさは即座に生命の危険や身体損傷に直結するため、ADL援助の行為中における省察のための立ち止まりと確認が重要となる。

2. 【解釈】の側面

『念頭に置く情報』では、学生は、ADLに必要な座位保持力や体を支える能力、ADLに伴う患者の思いを念頭に置いている。この側面は、学生が情報を吟味して優先順位を決め、計画を練ることが可能であるため、事前学習の知識や初回の演習による学びが生かされ易い。『援助計画と根拠』では、体調の変化とそれに注意する根拠、健側の運動機能の確認後に健側の機能を使うよう援助し自助能力を高める等の計画が挙げられている。ADL援助における【解釈】では、学生は全般的な運動機能、健側の機能、体調の変化、動きに伴う患者の思いを解釈する必要がある。

3. 【応答】の側面

『効果的コミュニケーション』では、学生は訓練時に非言語的手段の活用によって患者の苦痛の表出を促したり、活動時の患者の動きをよく見てほめる、動きに伴う不安への声かけ等をタイミングよく行っている。『調整機能』では学生は、患者の言葉と行動のずれを察知し必要な介助を行ったり、動きの観察を通して気づいた指示を患者に与えたり、患者の言葉による修正を加えたりしている。加悦¹⁵⁾らは、SP (Simulated Patient) 参加型授業の研究で、学生は、患者から表出されたものだけを捉えることが多く、患者の言葉の奥にかくされた気持ちやケアそのものの意味まで考えて行動するのは非常に困難であると報告している。したがって『効果的コミュニケーション』・『調整』では学生は一つの情報のみに頼らず、患者のADLにおける動きと思いをさまざまな角度から把握し、不安の軽減、ほめる・認める、援助方法の修正を行っていく必要がある。『適切な技術』では学生は、健側・麻痺側の区別・重心の位置の認識、更衣時の着脱援助のスピード等に注意を払った技術の提供が必要とされる。

4. 【省察】の側面

『ふりかえり』で学生は、ADL援助に必死になり過ぎて体調が考慮できていなかった自分、事前情報に頼りすぎてその時の患者の態度や訴えを汲み取れなかった自分、ADLの自立のみに重点を置き安全に配慮できていなかった自分、患者の残存機能を活用するという視点が不足していた自分をそれぞれふりかえっている。田島¹⁶⁾は、実践時の判断は、自分が現場に入り込んだ状態でじかに得られた情報を基とし、判断には言語化や行動が含まれるという。またBenner⁸⁾は、臨床的推論には状況の変化についての推察が必要と述べる。したがって、ふりかえりは、実践場面の一コマ一コマにおける自己の認識と行動を明らかにした上で省察することが、臨床判断能力を高めることに貢献することになる。

Tannerの4側面に沿って、学生が到達し得る臨床判断能力について以上のように考察した。学生が到達し得るこれらの臨床判断能力は、看護学教育の演習および実習における、ADL援助教育の目標やそれに到達するための方向性を示唆するものである。教育者としては、Lasater⁷⁾が規程する到達レベルの、初歩的段階の一般的で部分的な観察や介入から、学生がよりレベルアップした個別的で相互的、焦点化された観察や介入に熟達することをめざさなくてはならない。

この研究の限界は、データが学生の自己評価の記述によるため、複数の研究者で妥当性を確認しながらの作業であったとはいえ、記述の背後にあるものまでは読み取れなかったことにある。Perry¹⁷⁾は、学生の認知的発達を、1. 知識・価値の絶対化による多様な可能性を認知できない段階、2. 当初の認識と異なる可能性を認知できる段階、3. 相互に関連する考え方や方法が評価できる段階、4. 自己の価値観や信念が明確となる段階、としている。ADL援助においても、学生が既習の知識のみを絶対視することなく、目の前の患者のさまざまな反応に柔軟に対応できる力を育むことが求められている。このような認知的発達を促す方向で、演習・臨地実習を含め、教育方法を今後も模索・検討していかなければならないと考える。

引用・参考文献

- 1) 西田直子, 國澤尚子, 水戸優子他: 日本看護技術学会第8回学術集会報告 交流セッションV 看護師の移動動作の援助と困難. 日本看護技術学会誌. 9(1): 33-35, 2010
- 2) Tanner, C. A.: Thinking like a nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing, Journal of Nursing Education, 45(6), p204-211, 2006
- 3) 岩田幸枝, 國清恭子, 千明政好他: 異常を判断したICU看護師の思考パターンの分析. 群馬保健学紀要. 26: 11-18, 2005
- 4) 深田順子, 熊澤友紀, 吹田麻耶他: 看護基礎教育における周術期の臨床判断力の向上を目指した教育実践. 愛知県立大学看護学部紀要. 16: 31-39, 2010
- 5) 三好さち子, 大津廣子, 望月章子他: 看護師に必要な臨床判断能力に関する研究: 体位変換実施時の意思決定プロセス. 広島県立保健福祉大学誌人間と科学. 3(1): 27-35, 2003
- 6) 篠崎恵美子, 渡邊順子, 坂田五月: 模擬患者による解釈モデルの説明が学生の看護アセスメントの認識に及ぼす影響. 日本看護学教育学会誌. 20(1): 49-61, 2010
- 7) Lasater, K.: Clinical Judgment Development: Using Simulation to Create an Assessment Rubric, Journal of Nursing Education, 46(11), p496-503, 2007
- 8) Benner, P.: Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care. 1999, 井上智子監訳: ベナー 看護ケアの臨床知-行動しつつ考えること. pp15-32, 医学書院, 東京, 2005
- 9) 西土泉, 佐野薫, 所ミヨ子, 今野葉月他: 看護学生がイメージする患者の日常生活動作と危険. 埼玉医科大学短期大学紀要. 21: 15-29, 2010
- 10) 加藤真由美: 特集転倒予防とリハビリテーション-看護分野における取り組み, 総合リハビリテーション, 39(2): 137-143, 2011
- 11) 魚尾淳子, 河野保子: 脳血管障害患者の日常生活活動拡大に関する研究-意欲, 自己効力感, 自己効力感形成の情報源との関係に焦点をあてて, 日本看護研究学会雑誌, 34(1): 47-59, 2011
- 12) Tanner, C.A., 和泉成子訳: 看護実践におけるClinical Judgment, インターナショナルナースングレビュー, 23(4): 66-77, 2000
- 13) Oermann, M. H., Gaberson, K. B.: Evaluation and Testing in Nursing Education. Springer, New York, 舟島なをみ監訳: 看護学教育における講義・演習・実習の評価. pp.126-157. 医学書院. 東京, 2001
- 14) Schön, D.: The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action. 1983, 柳沢昌一, 三輪建二監訳: 省察的实践とは何か-プロフェッショナルの行為と思考. pp50-75, 鳳書房, 東京, 2007
- 15) 加悦美恵, 飯野矢住代, 河合千恵子: 基礎看護学におけるSP参加型の授業と臨地実習の連繫-学生の臨地実習の体験のふりかえりから-, 日本看護科学会誌, 26(2): 67-75, 2006
- 16) 田島桂子: 看護実践能力育成に向けた教育の基礎第2版. pp64-76, 医学書院, 東京, 2004
- 17) Perry, W. G., Jr.: Forms of intellectual and ethical development in the college years. Holt, Rinehart & Winston, New York, 1970

Clinical Judgment in Nursing Students on Supporting Activities of Daily Living of Clients : Through Classroom Practice

Mariko Araki*, Reiko Azuma*, Satoko Souno*,
Etsuko Yoshihara*, Yasuko Maruyama*

<Abstract>

The purpose of this study was to survey the student's actual condition and to reveal the learning effect of classroom practice about Clinical Judgment of Supporting Activities of Daily Living of Clients. Samples were 86 students of the third-year class in Nursing College. These data got from the analysis of self-evaluated records written by students at classroom practice, based on Lasater Clinical Judgment Rubric. The records were sorted by the four phases of Developmental levels. The results showed that not less than 60% of "Exemplary" and "Accomplished" were the items "Observation of ADL capability", "Seeking clarity of information" and "Intervention plan and grounds", and not less than 80% of "Developing" and "Beginning" were the items "Observation of safety" and "Recognizing deviations".

Keywords: activities of daily living, clinical judgment, nursing education

* Department of Health and Welfare, Faculty of Nursing, Seinan Jo Gakuin University